

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 75

FACULTÉ DE MÉDECINE

La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1938

PAR

Lucien BONNAUD

Né le 3 Mars 1912, à Avignon (Vaucluse)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

JURY :

MM. RICHE, Professeur, président.
ETIENNE, Professeur.
AIMES, Agrégé
ROUX, Agrégé

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DES SAUVAGES
MONTPELLIER

1938

LA RADIOGRAPHIE ABDOMINALE
SANS PRÉPARATION
DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 75

FACULTÉ DE MÉDECINE

La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1938

PAR

Lucien BONNAUD

Né le 3 Mars 1912, à Avignon (Vaucluse)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

JURY :

MM. RICHE, Professeur, président.

ETIENNE, Professeur.

AIMES, Agrégé

ROUX, Agrégé

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeur

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELTT
 LISBONNE,
 PAGES
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 VIDAL
 BOULET
 GIRAUD
 RIMBAUD
 MASSABUAU
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 LEENHARDT
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 N
 TERRACOL
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
 FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, GALAVIELLE
 BOSC, VILLARD, VIRES, CABANNES

Chargés de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale.....
 Pathologie médicale et Clinique propédeutique
 médicale
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique phthisiologique
 Pathologie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Ophtalmologie.....
 Stomatologie.....

HARANT, Dr.
 BAUMEL, agr.
 P. RIMBAUD agr..
 JANBON, agr r
 BOUDET, prof.
 GUIBAL, agr.
 MOURGUE-MOLINES, ag.
 SOUBEIRAN, ag. libre
 COLL DE CARREI ag libre
 DEJEAN, ag.
 Dr WATON

Agrégés en exercice

Bactériologie
 Médecine

CARRERE
 JANBON
 BAUMEL
 RIMBAUD
 LAFON, cha. d'rg.,
 BOUCOMONT ch. d'agr.
 MM. AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX
 DEJEAN
 Dr MONNIER, ch. d'agr

Chirurgie

Ophtalmologie.....
 Chimie.....



Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, Prof. président
 ETIENNE, Professeur

MM. AIMES, Agrégé
 ROUX, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de notre
profonde affection.*

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE
Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Montpellier

Nous le remercions du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON JURY DE THÈSE

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MICHEL BÉCHET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux d'Avignon

Membre associé de l'Académie de Chirurgie

*Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a prodigué ses conseils
éclairés. Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR DONNET

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR PANSIER

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

*Ils ont toujours été pour nous des
maîtres bienveillants. Nous sommes
heureux de pouvoir leur exprimer ici
notre respectueuse gratitude.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

LA RADIOGRAPHIE ABDOMINALE SANS PRÉPARATION DANS L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

“Prendre le temps d'une exploration utile
Vaut mieux que trop de hâte désorientée”.
MONDOR.

Introduction

Jusqu'à ces dernières années, malgré les progrès de la chirurgie abdominale le pronostic de l'occlusion intestinale aigüe demeurait grave. Les statistiques françaises accusaient une mortalité de 40 à 60 p. 100 des cas dans l'occlusion aigüe en général, plus de 60 p. 100 dans certaines variétés. Cette gravité tenait surtout à la difficulté d'un diagnostic précoce. De nombreuses affections abdominales peuvent si facilement simuler une occlusion intestinale qu'il était impossible vraiment de prononcer le mot d'occlusion avant que le cortège des symptômes classiques permette d'affirmer le diagnostic. Mais attendre trop longtemps une symptomatologie évidente n'était-ce pas laisser passer l'heure favorable de l'intervention.

Moulonguet a eu le grand mérite de mettre en faveur un élément de diagnostic précoce et certain: l'examen radiologique de l'abdomen sans préparation. Cet examen

ne présente aucun danger, il peut être pratiqué dès le moindre doute et nous montrerons dans les pages qui vont suivre qu'il permet, dans l'immense majorité des cas, un diagnostic extrêmement précoce.

La gravité de l'occlusion intestinale, qui tenait le plus souvent au retard apporté au traitement, lequel nous venons de le voir restait lui-même subordonné à la confirmation tardive du diagnostic, est donc depuis 1934 considérablement diminuée par la mise en œuvre systématique à la moindre pensée, de la radiographie abdominale sans préparation.

L'horaire de l'intervention étant avancé de plusieurs heures, l'acte opératoire a lieu avant que l'organisme soit intoxiqué par la stercorémie. Il est d'autant plus facile que le ventre est peu ou pas encore météorisé, d'autant plus logique, d'autant plus définitif.

La précocité de l'intervention change le pronostic du tout au tout; une occlusion de 6 heures donne 29 p. 100 d'échecs, celle de 48 heures 59 p. 100, celle de 72 heures 63 p. 100 (J. Rousset).

D'autre part la radiographie sans préparation pratiquée à l'extrême début permet de se porter directement sur l'anse occluse, fournit immédiatement la voie d'abord la plus facile, la moins traumatisante.

On ne voit pas pourquoi on a mis si longtemps à pratiquer systématiquement la radiographie de cet abdomen aigu, alors qu'on le fait systématiquement pour l'invagination intestinale et même pour la perforation d'ulcus.

Est-on, comme l'a dit Mondor, hanté par l'urgence de l'intervention qui semble commander la précipitation des manœuvres chirurgicales et trouver dangereuses les quelques minutes nécessaires à tirer quelques plaques. « La notion d'extrême urgence lente à conquérir, s'est établie

si despotique que l'on hésite à choisir dans les ressources à utiliser celles qui semblent risquer de faire perdre du temps ». Et pourtant il ne s'agit pas du manque d'organisation chirurgicale. Il est actuellement peu de maisons de santé qui ne possèdent un appareil radiographique.

Nous avons pu observer pendant notre internat de nombreux cas d'occlusion intestinale. Tous ont été radiographiés et nous retenons 9 observations plus complètes qui font l'objet de ce travail. Nous les avons choisies différentes afin de montrer que dans chacune des causes de l'occlusion intestinale la radiographie sans préparation apporte un secours indubitable.

Ce sont les déduction de ces 9 observations qui forment la matière de notre thèse inaugurale. Peut-être nous reprochera-t-on de déduire trop hâtivement, de schématiser trop vite, mais dans la lecture des clichés radiographiques nous avons cherché un fil conducteur et nous avons ainsi pu isoler les morphologies différentes des occlusions portant sur le jéjunum, sur l'iléon, sur le colon et par opposition les signes distinctifs qui permettent le diagnostic avec d'autres affections abdominales aiguës.

Historique

En réalité la méthode n'est pas nouvelle. En France et surtout à l'étranger bien des auteurs avaient attiré l'attention sur l'intérêt de la radiographie dans l'occlusion intestinale aigüe.

Mais il s'agissait de cas sporadiques isolés, plus ou moins passés inaperçus. Nous allons signaler ce qui est dû à chacun de ces auteurs, mais nous voulons dès le début de cet historique dire tout le mérite qui revient au Professeur agrégé Moulonguet qui en 1934 alors que la plupart des chirurgiens ignoraient complètement l'utilité de cette investigation, a fait à l'Académie de Chirurgie, une magnifique propagande pleine de logique et de ferveur.

Les premiers auteurs qui ont attiré l'attention sur la radiographie dans l'occlusion abdominale aigüe, ont utilisé le lavement baryté. En France c'est Schwartz qui en 1911 a montré tout le parti qu'on pouvait tirer de la radiographie. Le malade ingérait de petites quantités de baryte, juste le nécessaire pour mettre en évidence les niveaux liquides. Stierlin (1913) précise par ce moyen l'aspect classique des sténoses du grêle. A. Mathieu à la même date décrit pour la première fois des images en tuyaux d'orgue. Mais la radiographie sans préparation ne date vraiment que de 1915. Schwartz avait bien une fois avant cette date, posé le diagnostic certain d'une occlusion aigüe par un sim-

ple examen radioscopique sans injection de substance opaque.

Case (1915) puis Bensaude et Guénaud en (1917) décrivent pour la première fois le diamètre des anses, la disposition parallèle dans l'occlusion de la fin du grêle, les contours du gros intestin.

Kloiber (1917) a le mérite extrême d'insister sur le fait qu'il faut s'abstenir de toute préparation barytée. Il décrit pour la première fois les niveaux liquides, et leur donne toute leur importance diagnostique.

A. C. Guillaume par une série d'articles et de mémoires de 1921 à 1923 s'attache au problème de l'occlusion intestinale. En plus de toutes les méthodes cliniques qu'il décrit minutieusement (auscultation de l'abdomen) il ne néglige pas la radiographie et insiste sur l'importance de cet examen sans substance opaque.

Kalbfleisch (1927), Martens (1928) publient des observations favorables.

Hintze (1928) fait un parallèle très intéressant entre les images de distension gazeuse et les images de niveau liquide. Il superpose les signes cliniques chaque fois.

Ochsner (1930) fait une étude clinique mais surtout expérimentale de l'occlusion intestinale. Il complète chaque fois ses investigations par des radiographies sans préparation.

C'est une étude physiologique et radiologique du plus haut intérêt.

Puis ce sont les observations de Trémolières, Zadoc-Kahn et Kwong (1930) les travaux de Cain et Meyer (1932), ceux de Gros, de Wangenstern, de Durst (1932), de Swenson (1932), c'est la thèse de Delvart (Nancy, 1934).

Enfin la méthode rentre dans la phase d'application systématique grâce aux publications de P. Moulonguet et J. Rousset à l'Académie de Chirurgie dans la séance du 19 décembre 1934.

De nombreuses publications apparaissent alors, celles de Guichard et Auriac, Pellegrini, Barthélémy, Mondor et Porcher, Michel-Béchet, enfin la thèse si documentée de J. Rousset.

Technique de la Radiographie directe sans préparation

Qu'il s'agisse d'un syndrome abdominal aigu dont on soupçonne la nature oclusive, qu'il s'agisse au contraire d'une occlusion intestinale aiguë cliniquement confirmée, la technique reste la même.

Dans le premier cas il s'agit d'affirmer le diagnostic, dans le second il s'agit de dépister le point de départ de l'occlusion, ou mieux de faire un diagnostic topographique.

La position à donner au malade est importante. A la suite de Moulonguet nous disons que l'examen doit être pratiqué le sujet étant en *position verticale*. En position couchée les images sont beaucoup moins caractéristiques. La position verticale est de beaucoup la plus utile pour déceler les niveaux liquides. Il faut tâcher comme le dit Rousset « de donner au malade, à la plaque, à l'ampoule une position telle que les rayons soient parallèles aux surfaces des liquides contenus dans l'intestin. »

Si le malade est trop affaibli, deux aides le soutiendront sous les aisselles. Il sera bon de faire au malade de l'huile camphrée, de l'éphédrine, du sérum, bref de consacrer dix minutes à relever son état général avant de le placer debout devant la table de radio.

Lorsque l'on sait tout le bénéfice technique que l'on peut déduire de la lecture du cliché, on conviendra qu'il ne s'agit pas là de temps perdu.

Cependant si l'état général du malade ne le permet pas, Piot conseille : « de faire asseoir le malade au besoin sans le mobiliser sur le bord du brancard amené devant l'écran ».

La position de décubitus est jugée suffisante par certains auteurs (Assmann, Guillaume, Davis, Case). Nous-même l'avons utilisée assez souvent. Cette position permet de radiographier les malades très affaiblis, de prendre plusieurs clichés, de localiser certains points assez lentement et sans crainte de fatigue nouvelle.

Disons tout de suite que dans aucun cas, à cause du danger possible, on ne pratiquera de radiographie en position de décubitus ventral.

Le malade sera donc placé en décubitus dorsal, l'ampoule en position antéro postérieure. Dans cette situation il est impossible de déceler de niveaux liquides, mais mieux que dans la position verticale et aussi à cause de l'absence de niveaux liquides, on voit plus nettement se dessiner les anses remplies par les gaz seuls. C'est la position qui donne le mieux l'image de l'allure générale de l'occlusion, qui permet peut être le mieux de localiser l'obstacle, de topographier l'anse occluse au maximum.

La radiographie en décubitus latéral, l'ampoule étant en position antéro postérieure, réalise la synthèse des deux positions précédemment décrites. Les niveaux liquides sont visibles — mais moins bien que dans la position verticale — les anses se dessinent dans leur continuité — mais avec moins d'intensité que dans le décubitus dorsal.

Si le sujet est obèse cette dernière position est à rejeter.

L'idéal enfin est de pratiquer des séries de scopies sur la table basculante. On redressera lentement et progressivement la table passant ainsi du plan horizontal au plan vertical, cette manœuvre permet de séparer les images de l'anse ocluse, le niveau liquide s'estompe et disparaît, le dessin de l'anse apparaît et on conçoit toutes les déductions que l'on peut tirer à la lecture de ces différentes images.

Dans certains cas, lorsqu'on aura l'impression très nette que l'occlusion ne siège que sur le grêle, on pourra alors pour signer ce diagnostic topographique envoyer un lavement opaque dans le côlon. Celui-ci se dessinera en totalité et la présomption deviendra certitude.

C'est ce que l'on lira dans une de nos observations.

Les aspects radiologiques de l'intestin

Certaines notions paraissent actuellement définitivement acquises.

Lorsqu'on fait une radiographie sans préparation de l'abdomen chez un sujet sain, l'intestin est peu ou pas visible. On voit bien en haut sous la coupôle diaphragmatique la poche à air gastrique. Quelques bulles gazeuses apparaissent souvent dans la première portion du duodénum.

Rousset insiste avec raison sur la fréquence d'une bulle gazeuse au niveau du génu supérieurs. C'est une image qu'il faut bien connaître, non pas qu'elle en impose jamais pour une occlusion, mais parce que nous l'avons vu faire poser à tort le diagnostic d'ulcère duodénal.

Il n'y a jamais d'image gazeuse dans le grêle en dehors des états pathologiques.

A la partie terminale toutefois, dans les trente derniers centimètres environ du grêle, les gaz peuvent apparaître. Nous avons souvent constaté leur présence au cours des interventions sur l'appendice. Mais ces gaz sont sous faible pression et ne donnent jamais d'image radiologique.

Pour qu'il y ait image gazeuse certaine, à la radiographie, *il faut que les gaz soient sous pression, il faut que l'anse grêle soit dilatée.*

Comme le dit Moulonguet: « la présence de bulles ou d'anses gazeuses dans l'intestin grêle est caractéristique

de l'occlusion même si elles apparaissent radiologiquement sous faible volume ».

Nous rapportons l'observation d'un iléus biliaire décelé à la radiographie, l'anse ocluse n'était distendue par les gaz que sur une vingtaine de centimètres et ce fait nous a permis un diagnostic extrêmement précoce (observation n° 2.)

On s'est demandé à quel moment, par rapport au début de l'occlusion les images étaient visibles.

Ochsner expérimentalement les a vu apparaître deux ou trois heures après l'occlusion.

Rousset par expérimentation a obtenu les résultats suivants: sur deux chiens, sous anesthésie générale à la chloralose, il réalise une occlusion aigüe en nouant un crin sur un segment intestinal déterminé. Dans les deux cas il n'est apparu aucune manifestation clinique évidente. Les chiens sont restés calmes, n'ont présenté aucun malaise. Le premier animal sacrifié huit heures après l'intervention ne présentait pas de gaz dans l'anse sus-jacente. Le deuxième chien radiographié lui, à intervalles réguliers, a présenté à la radiographie une anse dilatée dès la troisième heure.

Des faits analogues ont été observés par Michel-Béchet lors d'expérimentations avec l'aide du médecin vétérinaire Enjarland (*Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale*, 15 octobre 1927).

Nous insisterons donc sur ce fait *que les signes radiologiques sans préparation de l'occlusion du grêle sont naturellement infiniment plus précoces que les signes cliniques et que même après laparotomie, la main et l'œil ne décèlent aucune distension de l'anse ocluse, alors que la radiographie peut la signaler six à huit heures avant l'intervention.*

Moulonguet a donc raison de dire.

« Le ventre n'est pas encore ballonné, surtout dans les occlusions hautes, de diagnostic si difficile, et dans les occlusions progressives où il peut être encore expulsé des gaz que déjà les tuyaux et les niveaux liquides sont apparents sur la radio ».

Dans un tiers des cas (12 sur 32) Ochsner et Granger ont pu affirmer l'existence de l'occlusion sur la vue du film, alors que le diagnostic clinique était douteux.

Quels sont maintenant les aspects radiologiques de l'intestin ?

Chaque segment intestinal a une morphologie bien particulière.

A) L'INTESTIN GRELE

1° *Les images purement gazeuses* donnent un dessin différent selon qu'il s'agit du jéjunum ou de l'iléon.

a) Le jéjunum souvent très peu distendu, d'un calibre au début normal, est rempli de gaz qui dessinent ses contours.

Il présente un aspect strié, finement dentelé en feuilles de fougère, en barbes de plume, en arêtes de poisson qui ne sont que l'image en négatif des valvules.

Quelquefois les stries sont plus épaisses; et la strie d'un des bords joignant celle de l'autre bord, l'allure générale du segment occlus prend l'aspect d'une série de pièces de monnaie entassées.

La radiographie de notre observation n° 2 explique mieux que cette description cet aspect si particulier.

b) L'iléon dans ses deux tiers inférieurs présente toujours le même aspect. Il peut être considérablement dis-

tendu, en imposer par sa distension pour une anse colique. Mais fait capital, ses bords sont lisses, sans aucune aspérité, véritablement linéaires. Nous insistons sur le fait qu'il est important de savoir que par son extrême distension il peut simuler une anse colique, mais il n'y a jamais de bosselures caractéristiques du côlon.

Les images de l'iléon occlus sont très typiques: large déroulement des anses, déroulement en pneu, en coulisse, en guirlande (Mondor).

Dans l'occlusion de l'iléon ces anses très distendues peuvent en se superposant donner à la radiographie des images de grandes traînées opaques de largeur variable (épaisseur d'une allumette à l'épaisseur d'une règle) qui donnent quand on regarde la radiographie à certaine distance l'aspect d'une trame irrégulière, entre-coupée de bandes plus épaisses les unes que les autres, dessinées sur les anses distendues.

Enfin dans l'un et dans l'autre cas il faut signaler la clarté inusitée de l'intestin qui tranche sur l'aspect sombre des segments qui ne sont pas encore occlus.

2° *Les images hydro-aériques.* — Nous avons dit qu'elles n'étaient visibles qu'en position verticale. Il s'agit d'une série de niches, dont le cintre supérieur est roman ou gothique, remplies d'une clarté anormale dans le tiers ou les deux tiers supérieurs, opaques au contraire dans le tiers ou les deux tiers inférieurs avec une limite de séparation horizontale et nette comme tracée à la règle.

Ces images hydro-aérique peuvent être uniques ou multiples, présenter des niveaux de hauteur différente. Ce sont alors des images dites en tuyaux d'orgue. D'autres éptihètes encore plus imagées ont été données: images en miroir, en terrasses étagées (Mondor).

Le nombre de ces niveaux est variable. Kloiber en a compté une trentaine dans ses observations. Leur nombre est fonction du siège et de l'horaire de la radiographie.

Au cours de l'exploration radioscopique on peut observer des mouvements ondulatoires de la ligne liquide témoin de l'hyperpéristaltisme du grêle (Rousset).

Quand apparaissent ces images hydro-aériques ?

Comme les images gazeuses assez précocement. Trois à cinq heures après le début.

Nous devons insister sur le détail suivant: parfois dans la position verticale, la partie basse liquide de l'image semble dépasser le bord supérieur arciforme gazeux. On a l'impression alors d'un acté-faret radiographique.

Il n'en est rien, il s'agit d'une superposition d'une anse grêle dilatée au-dessus et en avant de la portion gazeuse et d'un étalement plus grand par la masse liquide de la partie basse de l'anse.

Notre observation n° 4 en est une démonstration évidente.

B) LE COLON

Les images radiographiques n'ont pas la netteté qu'elles ont pour le grêle.

Comme le dit Moulonguet: « Il faut faire intervenir pour les images coliques, la notion quantitative du volume des poches gazeuses et l'étendue des niveaux liquides ».

Mais l'occlusion colique produit une distention si rapidement considérable que les images sont vite assez typiques.

Classiquement le côlon présente des bosselures assez

caractéristiques. Lorsque l'occlusion est de degré modéré, ces bosselures bien visibles sont deux à trois fois plus importantes que les bosselures normales d'un côlon rempli de gaz.

Mais assez vite, l'occlusion augmentant, les bosselures s'étirent dans le sens transversal, elles diminuent d'épaisseur et ne sont plus dessinées que par de minces traits transversaux.

La radiographie de notre observation n° 9 est bien caractéristique, et doit être comparée avec l'aspect radiographique de l'observation n° 7, les deux morphologies du gros intestin oclus sont, là, évidentes.

Peut-on faire une distinction entre le côlon oclus et le ballonnement réflexe segmentaire qui accompagne certaines coliques abdominales.

Le Professeur Pierre Duval le nie.

Cette question, si lourde de conséquences, a cependant encore été peu étudiée. Et, comme le dit Moulonguet, un certain nombre de questions se posent ?

« Quels sont les sièges et l'étendue de ces ballonnements réflexes » ?

N'est-ce pas surtout avec la poche gazeuse isolée des volvulus coliques que risquent d'être confondus ces ballonnements coliques réflexes ?

Nous pensons que jamais le ballonnement réflexe ne peut donner l'aspect des bandelettes étirées que l'on constate dans l'observation n° 9.

C'est assurément une affaire de coup d'œil, une grande habitude d'interprétation qu'il est nécessaire d'acquérir.

La discrimination théorique entre l'occlusion du gros intestin et le ballonnement réflexe ne peut être encore tentée.

Les images de distension du grêle, et celles de la distension du côlon peuvent être distinguées par quelques signes.

Les images hydro-aériques de l'iléon sont plus nombreuses, de plus petit diamètre et surtout *discontinues*. De plus, comme le dit Moulonguet; « ces images, et c'est un signe très important, coexistent quelquefois avec des images coliques qui par exclusion permettent de les identifier ».

Les images hydro-aérique du côlon ont un grand diamètre, elles sont continues ou subcontinues; dessinant complètement ou incomplètement le cadre colique avec la lumière transversale à grande courbure du transverse.

Moulonguet insiste sur un détail capital: la tache claire d'une anse distendue, isolée dans l'hypocondre gauche appartient à une anse grêle, c'est une localisation très fréquente de l'anse grêle occluse et il ne faut pas commettre l'erreur de prendre cette anse grêle pour l'angle splénique.

Topographie radiologique de l'intestin occlus

La localisation est assurément très facile lorsque la radiographie est pratiquée au début des accidents, et lorsqu'il n'existe qu'un segment d'intestin distendu.

Malheureusement ces faits sont extrêmement rares dans la pratique journalière, le malade n'est vu, en effet, que lorsque le météorisme est déjà très généralisé.

Lorsqu'il n'existe qu'une courte distension intestinale on déduit la topographie de l'anse occluse, d'abord par les caractères propres de l'image de l'anse que nous avons étudiés au chapitre précédent, puis par son siège topographique dans l'abdomen (situation élevée ou basse de l'anse). On devra se baser sur la situation de l'image par rapport aux viscères abdominaux et surtout par rapport au squelette, d'où comme l'a recommandé Moulonguet la nécessité d'utiliser de très grands films radiologiques, embrassant toute l'aire abdominale de façon à permettre une étude topographique complète.

On peut même fouiller encore la recherche topographique en étudiant les mouvements de l'anse à l'aide de la table basculante, en centrant sur le malade couché, en prenant là un premier cliché, puis en le relevant sans secousses, sans fatigue et en prenant en cours de route d'autres clichés.

Il s'agit au total d'une recherche minutieuse, entêtée, mais menée avec des gestes prudents, elle ne fatigue pas le malade et permet une bonne étude topographique.

Comme le dit Rousset dont le travail résume les débats à l'Académie de Chirurgie : « on doit admettre que les images centrales appartiennent au grêle, celles périphériques généralement en haut et sur les côtés, souvent disposées en bandes sous-hépatiques, appartiennent au côlon ».

Il est des cas nets et typiques comme nos observations II et III de lecture facile. Avec Rousset on peut schématiser ces cas de la façon suivante :

— une image aérique, en haut et à gauche de la colonne lombaire, dont les contours sont dentelés, en barbes de plume, en arêtes de poisson ou en pile de monnaie, doit faire immédiatement penser à un obstacle de la partie haute du grêle.

— une image située dans la fosse iliaque droite, dans la région para-vertébrale et surtout *dans le petit bassin* correspond, s'il s'agit d'un long déroulement des anses en pneu, en guirlande, sans incision colique, à une occlusion de la partie terminale de l'iléon.

— l'existence d'une image claire, centrale soit en camier, soit en cylindre clair, soit en cylindre hyper lumineux, enroulée sur la face antérieure de la colonne vertébrale, repoussant le cadre colique qui n'est pas éclairé, ou qu'un lavement opaque reconnaît aplati, est la signature d'une occlusion de la totalité du grêle.

— d'autres images, au contraire, sont de lecture plus embarrassante. Rousset décrit une large colonne gazeuse séparée des flancs ou des parois du bassin par une petite bulle gazeuse aplatie. Cette image a bien des chances d'appartenir à l'iléon refoulant le cœcum vide.

— un obstacle au niveau du cœcum donne une image semblable à celle de la terminaison du grêle.

— au niveau du côlon et de l'angle droits, les images étalées en hauteur siègent au niveau de la fosse iliaque droite. Bizard a signalé la possibilité de petits niveaux liquides superposés dûs à la stase dans les bosselures.

— un obstacle au niveau du côlon transverse peut donner une image de distension cœcale seule ou associée à une bulle siégeant dans la partie immédiatement sus-jacente à l'obstacle.

— une image verticale très claire avec des bosselures para-médianes devra faire poser le diagnostic d'un volvulus du côlon pelvien ou d'un néoplasme bas situé sur la fin du sigmoïde.

Lorsque l'occlusion est plus avancée on peut voir se dessiner un cadre colique complet de dimensions énormes et de disposition anatomique normale. Ce côlon prend alors la forme d'une arche immense dont le pied droit représente le cœcum (avec presque toujours un niveau. Rousset) et le pied gauche le côlon descendant.

Il faut savoir que dans ces occlusions coliques, à un certain moment, la valvule de Baubin se laisse forcer. La distension caractéristique du grêle apparaît, remontant plus ou moins haut.

Enfin signalons encore une fois, la distension fallacieuse de certaines anses grêles occluses, qui se situent volontiers au niveau de l'angle splénique du côlon, et qui peuvent en imposer pour une distension segmentaire de cette partie de l'intestin, alors qu'il ne s'agit que d'un paquet d'anses grêles occluses en position sous-diaphragmatique gauche.

L'intérêt de cette localisation des images n'échappera pas. Comme l'a dit Lardennois à l'Académie de Chirurgie :

« le diagnostic de localisation est à mon avis le plus important ». On comprend qu'une localisation précise peut réduire au minimum le traumatisme opératoire. Pour y parvenir Moulonguet conseille de faire « la lecture mot à mot » de la radiographie, c'est-à-dire de noter tous les éléments morphologiques et topographiques qu'elle comporte et de s'astreindre à les transcrire sur un schéma qui automatiquement simplifie et éclaireit la complexité si apparente au début des images occluses.

C'est en s'astreignant systématiquement à cette discipline minutieuse et patiente que Brocq par exemple a pu redresser un diagnostic clinique erroné. Lardennois a pu plusieurs fois préciser utilement le siège exact. Michel-Béchet est arrivé au diagnostic exact d'étranglement haut situé sur le grêle (hiatus de Winslow) et d'occlusion du grêle par iléus biliaire. (Obs. I et II.)

Il faut citer parmi tant d'autres encore l'observation de Kloiber qui a reconnu, grâce à la radiographie, une hernie étranglée interne.

Valeur diagnostique des images radiographiques

Elle a été très discutée. A l'Académie de Chirurgie d'importantes communications ont été publiées à ce sujet par Lardennois et Pierre Duval.

Jeff Miller (In Mondor *Diagnostics urgents*, page 44) déclare en 1929 que si l'examen baryté est dangereux, l'examen sans préparation est sans valeur.

Plusieurs questions en effet se posent. Est-on absolument certain du caractère pathognomonique des images hydro-aériques, des aspects que nous avons décrits déjà et dénommés « en damier, en mosaïque, en liquides, en déroulement, en pneu, en coulisse, en guirlande, etc... » ?

Faut-il accorder une valeur indiscutablement impérative, imposant l'acte chirurgical sitôt la radiographie pratiquée, à ces différents types morphologiques ?

Si l'accord semble être fait pour l'iléon qui physiologiquement ne contient pas de gaz, s'il faut donner une valeur considérable à l'aéroilée segmentaire ou totale (nous verrons toutefois tout à l'heure au chapitre du diagnostic différentiel les restrictions qu'il faut faire pour l'entéro-spasme et l'aérophagie) l'accord est loin d'être fait pour le côlon.

Lardennois écrit à ce sujet : « *il n'en est pas de même pour le côlon. Ma conviction est plus nuancée parce que*

peut-être plus ancienne. N'y a-t-il pas des rétentions aiguës passagères, qui peuvent se dénouer, et qui peuvent donner des aspects radiologiques plus ou moins évolués, comparables à ceux que nous voyons dans l'occlusion ».

Et en suivant les mêmes idées, au cours des épisodes aigus de la stase intestinale chronique, des images hydro-aériques, des niveaux, ne peuvent-ils se voir ? Et de même n'y a-t-il pas des petites phases de rétention passagère par ptôse colique, par déformation intestinale, par péri-viscérite, par péritonique chronique ? La question est d'importance. On risquerait en effet, s'il en était ainsi, d'être entraîné à la vue de ces images radiographiques à un acte opératoire d'urgence inopportun.

Pierre Duval également ne peut admettre l'impératif des propositions de Moulonguet. Il craint, si on les laisse accrediter qu'on soit conduit à un grand nombre de laparotomies injustifiées.

Pour lui « la présence d'air dans le grêle est rare mais on peut la constater sans qu'elle ait aucune signification pathologique. Quant aux poches coliques gazeuses elles sont si fréquentes qu'à elles seules, elles n'ont aucune signification ».

Peut-on retrouver ces morphologies intestinales dans d'autres syndromes abdominaux aigus comme la colique hépatique, la colique néphrétique, la perforation d'ulcus, la péritonite, l'urémie abdominale ?

Il est certain qu'il est raisonnable de poser ces questions et nous-même nous en sommes préoccupés souvent. Nous avons constaté sur un malade amené à la clinique du docteur Michel-Béchet avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë, une dilatation considérable du cadre colique. Le professeur agrégé Sénèque de passage a eu l'amabilité d'examiner ce malade et a conclu à une colique néphrétique.

que. Nous avons en effet retrouvé dans l'urine des calculs qui ont signé le diagnostic.

Par deux fois avec notre maître le docteur Charlet nous avons vu deux ventres abdominaux aigus adressés l'un par le docteur Stéfani d'Avignon, l'autre par le docteur Bribot de Pernes, chez lesquels la radiographie a révélé l'existence d'une considérable dilatation colique avec participation du grêle. Dans le dernier cas, même le grêle dilaté en avant de la colonne vertébrale formait de larges volutes hydro-aériques qui semblaient imposer une thérapeutique chirurgicale d'urgence. Un dosage d'urée dans le sang de ces deux malades a montré une azotémie élevée. Le cathétérisme de la vessie, le toucher rectal ont révélé qu'il s'agissait de rétention prostatique avec azotémie élevée. L'occlusion intestinale a cédé à la sonde à demeure et à la cystostomie.

Il est assurément enfantin de penser pouvoir asseoir un diagnostic aussi important que celui de l'occlusion intestinale sur un seul symptôme. La radiographie en effet n'a que la valeur d'un symptôme. Elle ne dit pas occlusion intestinale, elle dit ce qui peut paraître un synonyme : arrêt des gaz dans tel ou tel segment de l'intestin.

Elle ne ment pas au point de vue biologique car s'il y a une dilatation considérable du côlon ou du grêle, il s'agit bien dans ces cas là d'un iléus paralytique, assurément épisodique, provisoire, déclenché par la crise de colique hépatique ou néphrétique, mais qui n'en existe pas moins.

La radiographie n'a jamais la prétention de faire un diagnostic d'intervention, de dresser une conduite thérapeutique, ce dernier rôle est dévolu au chirurgien.

Il faut, nous le mettons en évidence, une fois pour toutes qu'il y ait concordance entre l'allure clinique (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques) et la radiographie,

L'immense service rendu par la radiographie est de montrer dans les occlusions uniquement probables ou certaines des anses distendues et d'imposer ainsi la laparotomie en un lieu d'élection, mais une fois l'examen clinique rempli.

*
**

La valeur des niveaux liquides et des images hydro-aériques, pourtant pathognomoniques, pour la plupart des auteurs étrangers, a été elle aussi considérablement discutée en France. Pierre Duval dit « les niveaux de liquide signifient simplement qu'il y a dans une anse intestinale des gaz et du liquide et ne peut signifier autre chose ».

Nous trouvons que cette constatation est déjà considérable puisque la clinique seule peut rarement le déceler. Mais cet auteur ajoute : « pour ma part je ne l'ai jamais vu dans l'occlusion aigüe, subitement déclarée. Les images en tuyaux d'orgue sont symptomatiques sur le grêle de l'occlusion chronique incomplète ».

Théoriquement ce fait est vrai, et Béchère y avait déjà insisté. Mais pratiquement nous avons l'impression que la discussion est un peu spéieuse. On sait en effet comment se terminent la plupart du temps ces occlusions chroniques du grêle. Leur évolution normale est l'occlusion aigüe, c'est-à-dire la poussée aigüe spasmodique ou organique qui bloque définitivement l'intestin. Nous trouvons dès lors d'une radiographie permettant de dire qu'il y a un arrêt certain des matières, des gaz et des liquides devant un syndrome clinique d'occlusion aigüe a une valeur thérapeutique considérable.

Du reste à la fin de sa critique le Professeur Pierre Duval énonce la phrase suivante : « lorsque l'on voit des niveaux liquides dans l'occlusion aigüe, elle témoigne que

l'occlusion aigüe n'est venue que compléter un état chronique précédent ».

L'affaire est jugée, il est bien certain que le chirurgien n'en demande pas tant.



La valeur du diagnostic de localisation par l'examen radiologique sans solution de contraste a été elle aussi critiquée.

Il est certain que lorsque le chirurgien voit le malade à la fin de la période d'état, l'abdomen colossalement dilaté par les anses donne une image radiographique d'occlusion aigüe et rien de plus.

Cette réflexion n'infirme pas la méthode, mais se retourne plutôt contre la paresse médicale qui a fait pratiquer aussi tardivement l'exploration.

Il est dans ces cas bien impossible, en dehors de tout artifice radiologique (nous voulons parler du lavement ou de l'ingestion opaque) de savoir si la dilatation porte sur le grêle ou sur le gros intestin, ou sur les deux à la fois. Le grêle distendu, brouille en effet dans ce cas l'image colique. Il est encore plus difficile de se rendre compte du segment iléal le premier atteint.

D'autres apparences, nous y avons déjà insisté, sont fallacieuses, nous avons dit que le grêle dilaté, considérablement ectasié pouvait prendre au premier abord l'aspect morphologique du côlon. Un peu de patience et de minutie font souvent poser le diagnostic différentiel.

Pierre Duval note à plusieurs reprises que le grêle dilaté doit trouver sa place dans l'abdomen, qu'il s'insinue où il peut, qu'il vient dans les fosses iliaques, sous le diaphragme, qu'il prend la place du côlon.

Nous répondrons à cette critique, que jamais la luminosité pré-vertébrale n'est aussi large dans l'occlusion colique que dans l'occlusion du grêle, si on ne voit pas le malade à la période funéraire, et que d'autre part, si on a le moindre doute, rien n'est plus facile que de donner prudemment, pour une fois, un petit lavement opaque.

On est parfaitement en droit devant de telles dilatations de recourir à cette manœuvre. Il est en effet capital au point de vue opératoire de savoir, en fin de compte, si la dilatation porte sur le grêle ou sur le gros intestin. Il y va d'un simple anus cœcal, à une laparotomie exploratrice après rachi.



Le problème de diagnostic de nature a été esquissé par Moulonguet. Nous dirons tout de suite qu'il nous intéresse moins. Dans l'occlusion intestinale en effet, il s'agit plutôt d'un diagnostic d'intervention que d'un diagnostic étiologique.

La clinique pour ce dernier peut y suffire. Savoir qu'il y a occlusion, pressentir où elle siège, voilà les données capitales. Quant à rechercher s'il s'agit d'une bride, d'un volvulus, d'une tumeur intrinsèque etc... nous ne pensons pas que cette discrimination ait une bien grande importance. L'essentiel est d'être autorisé par les signes cliniques et radiographiques à l'intervention.

Il est certain que démontrant le niveau de l'obstacle, la radiographie peut indirectement, par le raisonnement déductif, donner de fortes présomptions sur la nature de l'occlusion. Moulonguet apporte un cas dans lequel, sur la constatation d'un niveau liquide, en bas et à droite, c'est-à-dire dans la fosse iliaque, il a localisé l'obstacle à la fin du grêle, et pose le diagnostic de brides.

Nous apportons un cas superposable. La sténose portait à la fin du grêle. L'image aérique était dans la fosse iliaque droite. Mais nous devons dire que c'est plus sur l'incision d'une appendicectomie ancienne pour appendicite à chaud que sur le siège de l'occlusion que nous avons posé, nous aussi, le diagnostic de brides.

Diagnostic radiologique différentiel

Il nous a été impossible de ne pas parler en cours de route du diagnostic radiologique différentiel des images de l'occlusion intestinale.

Nous l'avons fait en partie lorsque nous avons décrit leur morphologie et aussi au moment où nous avons discuté leur valeur diagnostique.

Nous avons décrit les cas typiques, nous les avons enfermés dans différents schémas. Le diagnostic ne se pose vraiment que lors des lectures embarrassantes. Il s'agit presque toujours de malades adressés à la fin de la période d'état, ces cas sont aussi ennuyeux pour le radiologue que pour le chirurgien.

On peut trouver, pour certains auteurs, la présence de gaz dans l'intestin chez les aérophagiques. Pour Porcher on pourrait avoir dans l'aérophagie des images gazeuses assez loin dans le grêle.

Ce diagnostic est encore là plus théorique que pratique car un examen clinique un peu approfondi permet de faire le départ entre un aérophagique et un oclus.

De même nous avons dit que l'aérocolie discrète est un phénomène radiologique quasi normal. Mais ces images d'aérocolie normale, qui dessinent quelques gaz dans l'un des angles du côlon ou de l'ampoule rectale, sont loin de

ressembler à une aérocolie énorme quoique segmentaire d'une occlusion colique au début.

Il en est de même pour les aérocolies réflexes des syndromes douloureux médicaux de l'abdomen.

Nous avons dit que dans certains cas très rares ces syndromes pouvaient en imposer pour une occlusion chronique, comme dans le cas observé avec le Professeur Sénèque. Mais en général comme le dit Moulonguet: « il faut faire intervenir pour les images coliques la notion quantitative du volume des poches gazeuses, et aussi quand elle existe, l'étendue des niveaux liquides.

Jamais, nous le croyons, on ne trouve de niveaux liquides dans la dilatation chronique réflexe.

Dans ces mêmes météorismes coliques nous devons citer ceux que l'on observe dans la pneumonie et dans la pancréatite aiguë. Dans la pancréatite aiguë, le diagnostic peut être vraiment très difficile, à cause de l'état général et de la douleur initiale. Mais il est de peu d'importance pratique; puisque de toutes manières il faut intervenir.

Quand à la pneumonie, il est classique que le praticien soit averti du syndrome abdominal trompeur de cette affection. Pas plus que pour la pseudo appendicite des pneumoniques, il ne faudra opérer un enfant atteint d'un syndrome abdominal qui fait mal cliniquement ses preuves, sans avoir fait une radiographie pulmonaire qui, le plus souvent, montre l'ombre triangulaire classique.

Le pneumo-péritoine offre aussi radiologiquement une image gazeuse. Mais il s'agit d'une immense clarté intra-abdominale il n'y a pas de dessin d'anses, on se rend vite compte que l'épanchement diffus est intra-péritonéal et non intra-intestinal.

Mondor a bien montré que sur le malade en position debout on voit dans ce cas, entre le diaphragme et le foie, une image gazeuse ayant l'aspect d'une « faucille claire ».

En position de décubitus latéral il existe toujours une clarté sous-costale nette.

Nous avons insisté sur l'iléus réflexe. Nous n'y revenons pas.

L'iléus paralytique, d'origine péritonitique, présente pour certains auteurs un aspect particulier.

D'après Schinz, on observe d'emblée sur le cliché une illumination diffuse de l'abdomen par un météorisme marqué. Fait important ce météorisme, d'abord colique, diffuse rapidement à tout le grêle. Bientôt on a un aspect « grotesque et anarchique du cliché », un grand nombre de lignes courbes parcourent le champ abdominal en tous sens, se projetant les unes sur les autres.

Cet aspect est infiniment plus tardif dans l'occlusion intestinale.

Dans l'iléus paralytique, on ne note aucune contraction péristaltique et dans les cas assez rares où il existe des niveaux liquides, on ne note aucune ondulation à ce niveau.

Enfin dans certaines péritonites la radiographie sans préparation pourrait montrer l'apparition d'un niveau libre dans l'abdomen.

Durant notre internat nous n'avons jamais observé de niveaux liquides dans les péritonites aiguës.

Observations

OBSERVATION I

(Dûe à l'obligeance du Docteur Michel-Béchet)

Le Docteur Michel-Béchet est appelé par le Docteur Julian près d'un malade âgé de trente-huit ans.

Il y a deux jours le malade s'est plaint d'une douleur brusque, extrêmement vive au creux épigastrique, avec vomissements.

A notre examen le malade est calme; il n'a pas vomi depuis plusieurs heures, mais il y a arrêt complet des matières et des gaz.

Le pouls est rapide, la température reste normale.

A l'examen physique le ventre respire bien. Il n'est pas ballonné, il est souple, la matité hépatique a complètement disparu. Elle est remplacée par une sonorité de timbre élevé.

Nous pensons alors à deux diagnostics possibles, celui d'une hernie diaphragmatique et celui d'un étranglement haut situé sur le grêle.

La radiographie pratiquée sans préparation nous montre d'abord une coupôle diaphragmatique intacte, mais surtout elle révèle présence d'une anse grêle dessinant une S. sur le bord droit de l'estomac. Le dessin de cette

anse grêle est bien typique. On constate l'arrêt très net de l'image. L'exploration radiographique du reste de l'abdomen est négative.

Constatations opératoires:

Rachianesthésie. — Les anses grêles distendues sont réclinées. On se dirige immédiatement vers l'hiatus de Winslow. On se rend compte tout de suite que l'intestin distendu y pénètre. On tente la manœuvre de Jeanbrau et Riche, mais l'intestin est tellement gros qu'il est impossible d'introduire l'index à côté de lui dans l'hiatus. Nous pratiquons alors la manœuvre suivante: décollement colo-épiploïque, ouverture de l'arrière cavité. Nous y trouvons une anse intestinale de 50 centimètres environ, noire, entourée de fausses membranes; il existe de longues traînées de couleur feuille morte, la mésentère est œdématié et infarci.

En attirant très doucement cette anse nous amenons le collet de striction. Nous lions les deux bouts intestinaux en tissu sain et nous réséquons l'anse sphacélée. On pratique une anastomose termino-terminale.

Cette intervention est bien supportée, mais quatre heures après, l'état général s'aggrave d'une façon considérable, le pouls devient incomptable, le malade présente des mouvements convulsifs des membres, il est cyanosé, les extrémités sont froides.

Il succombe douze heures après l'intervention. Nous attribuons cette mort à la résorption toxique par l'intestin sous-jacent à l'obstacle du liquide contenu dans le segment occlus.

OBSERVATION II

(Dûe à l'obligeance du Docteur Michel-Béchet)

Le docteur Michel-Béchet est appelé par le Docteur Mével auprès d'une malade âgée d'une cinquantaine d'années, qui vient de subir il y a quelques jours, des séances d'irradiations pour un volumineux fibrome utérin. Depuis la dernière irradiation, il y a trois jours, la malade souffre de l'abdomen. Ce fut d'abord une douleur très vive siégeant à l'épigastre. Le siège de cette douleur s'est déplacé par la suite et maintenant elle se plaint surtout de l'hypocondre gauche.

Depuis vingt-quatre heures, il y a arrêt complet des matières et des gaz et il y a eu plusieurs vomissements verdâtres.

En faisant préciser les symptômes on apprend que les douleurs surviennent par poussées successives et qu'elles sont entrecoupées de phases de tranquillité de plusieurs heures.

L'abdomen n'est pas météorisé, il est souple, on palpe très facilement un énorme fibrome qui fait saillie au-dessus du pubis. Le toucher permet de reconnaître que ce fibrome est enclavé. A la percussion on trouve une bande de météorisme et un bruit de clapotage.

La radiographie sans préparation nous montre alors une dilatation très nette d'une anse grêle dans l'hypocondre gauche avec une image sombre, circulaire au milieu de cette anse.

La malade étant diabétique et acétonurique, nous faisons injecter 50 unités d'insuline.

Constatations opératoires:

La valve qui soulève la partie supérieure de l'incision permet de déceler tout de suite l'anse grêle dilatée. Elle est attirée. Au niveau du point où cesse la dilatation l'intestin est spasmé sur une masse contenue dans sa lumière: au-delà de celle-ci l'intestin est extrêmement réduit de volume(gros comme un crayon) comme si le spasme se continuait au-delà de l'obstacle. Incision de la paroi intestinale; on enlève un gros calcul biliaire et on aspire le liquide en rétention. Fermeture de l'anse en deux plans.

Cette intervention n'a duré que quelques minutes. La malade n'est pas du tout shokée. Nous examinons le fibrome. Nous nous rendons compte qu'il peut être enlevé rapidement, quoique enclavé. Nous pratiquons une hystérectomie totale.

Les suites furent parfaites. La malade quitte la maison de santé en excellent état le 19^e jour.

OBSERVATION N° III

Madame R... est amenée pour syndrome abdominal aigu. Elle a présenté une douleur très vive dans la fosse iliaque gauche, suivie de vomissements.

L'abdomen respire bien, il n'est pas contracturé. Il existe seulement un réflexe antalgique de la paroi au-dessus du pubis et à gauche.

Au toucher, douleur dans le cul-de-sac latéral gauche.

On décide d'attendre. Mais les douleurs et les vomissements reprennent quelques heures après.

Une radiographie sans préparation faite à ce moment là montre une énorme dilatation du côlon en avant de la colonne vertébrale.

On intervient sous-rachi.

Constatations opératoires:

Côlon pelvien à forme d'anse oméga très dilatée en avant de la colonne vertébrale. Section d'un magma de brides et d'adhérences à la partie terminale du côlon pelvien. Longue sonde de Châtel-Guyon dans le rectum. Hypersal.

OBSERVATION N^o IV

(Dûe à l'obligeance des Docteurs R. et H. Michel-Béchet)

Monsieur N... âgé de 38 ans, nous est adressé pour syndrome d'occlusion subaiguë.

A l'examen, abdomen considérablement météorisé. Vomissements. Ce malade présente depuis plusieurs mois des phases de météorisme entrecoupées d'accalmies.

A l'heure actuelle la poussée est plus accentuée et l'occlusion presque complète.

Aucun antécédent particulier. Aucune opération abdominale antérieure.

L'examen radiographique nous révèle des anses grêles dilatées avec des niveaux liquides. Ce malade qui a une température normale, un pouls accéléré, une azotémie normale, nous paraît présenter une occlusion à la fin du grêle.

Constatations opératoires:

Volvulus de la dernière anse grêle appendue à la paroi par un diverticule de Meckel. L'anse est en partie sphacélée, résection iléo-coecostomie au bouton. Guérison.

OBSERVATION N° V

Monsieur N... âgé de 28 ans, est admis à la maison de santé pour occlusion intestinale aiguë.

Ce malade a été opéré d'appendicite à chaud quelques années auparavant.

A l'examen physique l'abdomen n'est pas météorisé, il n'existe pas de contracture. Cependant le malade se plaint de douleurs subintrantes dans la fosse iliaque droite et il vomit.

Une première radiographie montre une dilatation typique de l'iléon, sans images sur le cadre colique.

Un lavement opaque est alors donné, puisque nous y sommes autorisés par la première radiographie. Le cliché montre que le côlon est libre de tout obstacle. On obtient une belle image en damier du grêle cerclé par le côlon.

Constatations opératoires:

Bride enserrant la dernière anse grêle à quelques centimètres du bord coecal.

Guérison.

OBSERVATION N° VI

(Dûe à l'obligeance du Docteur Bec)

Madame C... nous est amenée à la clinique à cause de vomissements incessants et de douleurs abdominales survenus quelques heures avant.

A l'examen physique, l'abdomen est souple, non météorisé, un peu douloureux dans la fosse iliaque gauche.

La température est normale, le pouls accéléré.

L'exploration des orifices herniaires est négative.

La radiographie sans préparation révèle une occlusion typique du grêle.

Laparatomie latérale gauche. On constate le pincement d'une anse dans le trajet crural.

Guérison.

OBSERVATION N^o VII

(Dûe à l'obligeance des Docteurs Michel-Béchet
et Nicolas de Mondragon)

Monsieur S... âgé de 28 ans, nous est adressé dans un état général lamentable. Température élevée, pouls rapide.

Il a présenté, il y a trois jours, une douleur aigüe dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen physique, on constate une dilatation en cadre de l'abdomen. Ce dernier est souple, non contracturé.

Il existe une douleur élective dans la fosse iliaque gauche au-dessus du pubis.

La radiographie montre une dilatation du côlon sans participation du grêle.

Constatations opératoires:

Enorme distension du côlon, grêle aplati, gangrène du tiers inférieur du côlon pelvien. (Sigmoidite gangréneuse).

Anus de décharge. Mickulicz en avant et en arrière de la zone sphacélée, le malade est trop mal en point pour qu'on puisse faire une intervention plus logique.

Mort au troisième jour.

OBSERVATION N° VIII

Madame B... âgée de 50 ans, est admise pour énorme kyste de l'ovaire.

Intervention très simple le lendemain.

Au 10^e jour syndrome d'occlusion intestinale, vomissements, douleur épigastrique et para-ombilicale

La radiographie sans préparation montre une occlusion typique sur la partie haute du grêle.

Constatations opératoires:

Agglutination de deux anses grêles sous le mésocolon transverse.

Péritonisation des zones après séparation des anses.

Gnérison.



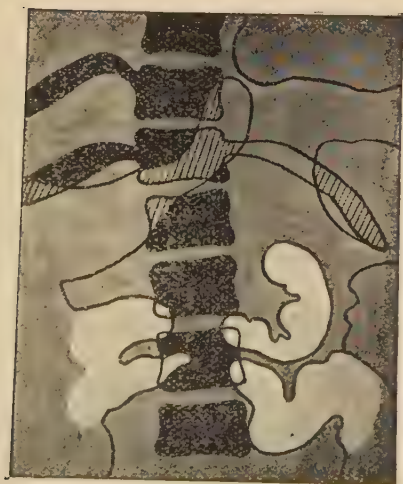
Signes graphiques comparatifs de l'occlusion du grêle

- 1 Jejunum images gazeuses
- 2 Iléon » »
- 3 Iléon image hydro-aérique



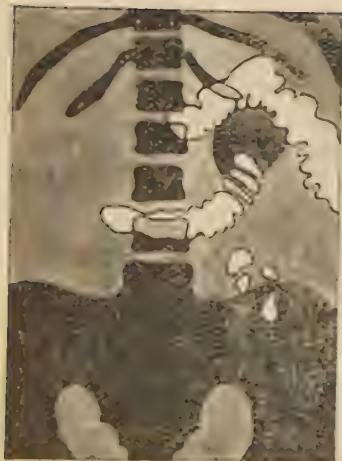
Signes graphiques comparatifs d'occlusion du colon

- A forme bosselée
- B image hydro-aérique
- C forme à bosselures étirées



Radiographie
de l'observation N 1

Hernie
du Hiatus de Winslow

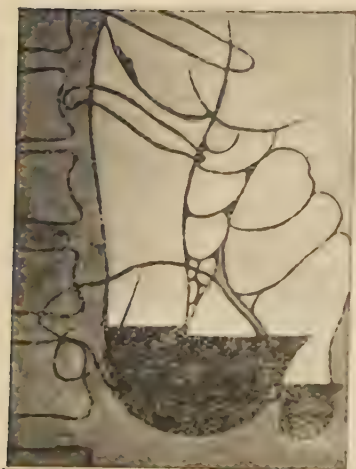


Radiographie
de l'observation N 2
Iléus biliaire



Radiographie
de l'observation N° 3

Enorme dilatation du colon
en avant
de la colonne vertébrale



Radiographie
de l'observation N 4

Occlusion
de la fin du grêle



Radiographie
de l'observation N° 1
Occlusion du grêle



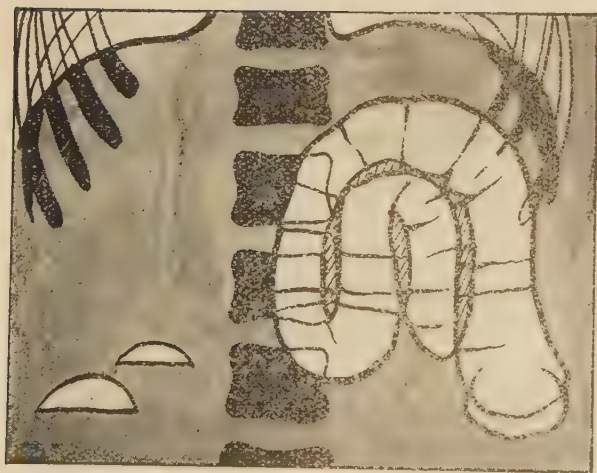
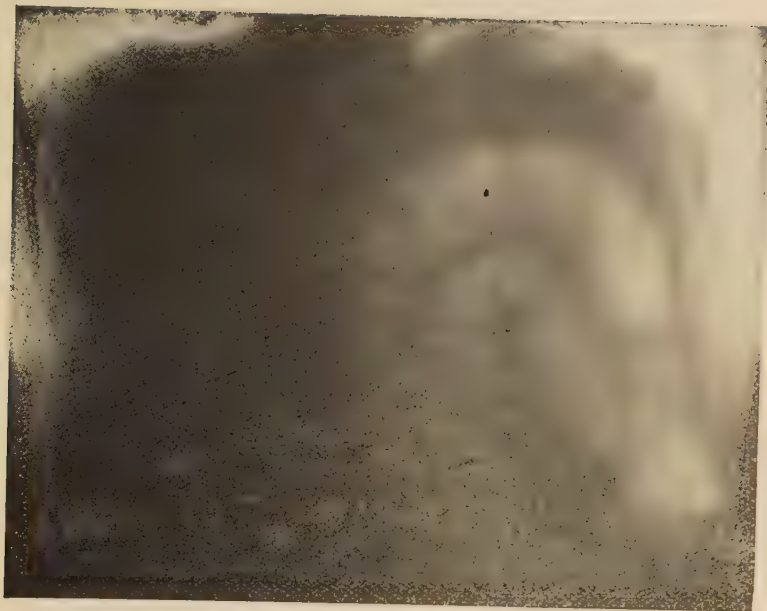
Radiographie
de l'observation 5

Occlusion du grêle



Radiographie
de l'observation N° 5

Occlusion du grêle
Un lavement opaque
a été poussé dans le colon



Radiographie
de l'observation N° 6

Occlusion du grêle



Radiographie
de l'observation N 7

Occlusion du côlon



Radiographie
de l'observation N 8

Occlusion
sur la partie haute du grêle



Radiographie
de l'observation N° 9

Occlusion de la fin
du colon pelvien

OBSERVATION N° IX

Madame C... âgée de 70 ans, est adressée à la maison de santé par le Docteur Peyre.

Depuis deux jours, vomissements, douleurs pelviennes, arrêt des matières et des gaz.

A l'examen physique, l'abdomen est météorisé à gauche dans la région épigastrique et dans la région sous-hépatique.

La température est normale, le pouls assez rapide (110).

Le toucher rectal et le toucher vaginal montrent un gros utérus en rétro flexion dans le cul de sac latéral gauche encombré.

La radiographie donne une image typique d'occlusion par obstacle de la fin du colon iliaque. L'ampoule rectale n'est pas visible.

Constatations opératoires:

Les côlons pelvien et ascendant, présentent une dilatation considérable. Ils se fissurent lors de notre extériorisation sans cependant qu'il y ait rupture de la muqueuse. La main glissée dans le bassin sent une masse qui enserre en avant du sacrum la partie haute du rectum.

Anus sur le côlon descendant. Guérison opératoire.

Conclusions

Nous avons voulu montrer dans ce court travail l'intérêt de la radiographie sans préparation qui est avant tout une méthode « innocente » et qui ne retarde que de quelques minutes l'acte opératoire. Nous pensons qu'apportant un complément d'information considérable, elle permettra de porter plus tôt le diagnostic d'occlusion intestinale et d'améliorer ainsi les statistiques opératoires.

1°. — Dans la première partie de ce travail, nous nous sommes efforcés de décrire, de schématiser les images caractéristiques qui permettent d'affirmer précocement l'occlusion avant même que les signes cliniques ne soient nets. Nous passons ainsi en revue les caractéristiques morphologiques du jéjunum oclus, des sténoses aiguës du grêle et de l'arrêt des matières et des gaz dans le gros intestin.

2°. — Dans la seconde partie, nous discutons points par points la valeur clinique de ces signes radiologiques. Nous étudions successivement les opinions de Lardennois, de Pierre Duval, de Moulonguet.

3°. — Enfin nous apportons neuf observations qui toutes ont été précédées d'une étude clinique et d'une étude

radiologique sans préparation, et qui ont toutes eu une constatation opératoire. Ce sont du reste les seuls cas d'occlusion intestinale que nous ayons observés pendant notre internat.

Au total, après cette étude, nous pensons pouvoir considérer la radiographie sans préparation, non seulement, comme un complément documentaire d'information pour vérifier un diagnostic déjà soupçonné par la clinique, mais encore comme un temps préparatoire indispensable avant l'intervention pour déterminer par une localisation précise de l'obstacle une thérapeutique chirurgicale plus logique, plus adéquate, moins traumatisante.

Bibliographie

- ASMANN. — *A propos du diagnostic radiologique des sténoses du grêle.* Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, xvii, xviii, 1913.
- AUBOURG. — *Radiologie des sténoses du gros intestin.* Journal médical français, 1912, vi, 422.
- M. BÉCHET, FOURNIER, J. DELBREIL. — *A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë.* (Bul. et Mém. de la Sté Nat. de Chir., n° 11, 30 mars 1935).
- BENSAUDE et GUÉNAUX. — *Le radiodiagnostic des sténoses du gros intestin.* Paris Médical, 1917, p. 467.
- A. BERNARD. — *Le radiodiagnostic sans préparation dans l'obstruction intestinale.* (Journ. des Sciences Méd. de Lille, n° 38, 17 sept. 1933).
- BERNARD. — *L'examen radiologique sans préparation, dans l'occlusion intestinale.* (Sté Méd. anatomo-clinique de Lille 13 juin 33 in: Journ. des Sciences Méd. de Lille, n° 42, 15-10-33).
- BIZARD et VANDERDOFF. — *L'examen radiologique dans les occlusions intestinales aiguës.* (Echo Médical du Nord, n° 46, novembre 1933).
- CAIN et MEYER. — *Le diagnostic des obstructions intestinales après l'examen radiologique direct sans*

préparation. Revue médicale française, mars 1932, p. 235.

CASE. — *Examen radiologique du côlon. Archives Roentgen-Ray, 1914-1915, t. XIX, p. 375.*

CASE. — *Interprétation radiologique de l'intestin. American journal surgery, avril 1930.*

DELVART. — *Du diagnostic de l'obstruction intestinale par la radiographie directe sans préparation. Thèse Nancy, 1934.*

R. DIDIER, P. THOYER, ROZAT, P. H. CODET. — *A propos de la radiographie abdominale sans préparation dans un cas d'occlusion aigüe. (Bull. et Mém. de la Sté de Radiol. méd. de France, n° 230, See du 9 juin 1936).*

P. DUVAL. — *A propos de la communication de Moulonguet-Doléris. La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion aigüe. (Bull. et Mém. Sté Nat. de Chir, 61: 279-283, 2 mars 1935).*

GATELIER, MOUTIER et PORCHER. — *Radiologie clinique du tube digestif, t. II, Masson 1930.*

GUILLAUME (A. C.). — *A propos du diagnostic de l'occlusion intestinale aigüe; examen radiologique de l'iléus. Presse Médicale, 4 janvier 1922.*

HINTZE. — *Diagnostic général topographique et étiologique de l'occlusion par la radio. Medizinische Klinik, 1928, n° 40, t. XXIV, p. 1547.*

KALBFLEISCH. — *Diagnostic de l'occlusion intestinale par les rayons X. (American Journal of the médical science, 1927, octobre p. 500.)*

KLOIBER. — *La valeur de l'examen radiologique de l'iléus. Munchener medizinische Wochenschrift, t. LXVIII, 16 sept. 1921.*

- G. LARDENNOIS. — *La radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë.* (Bull. et Mém. Sté Nat. de Chir. Sec du 6 fév. 35, n° 5).
- MARTENS. — *L'iléus à la radio.* Medizinische Klinik, 16 septembre 1928, p. 1417, n° 37.
- MATHIEU (A.). — *De l'occlusion intestinale et de l'utilité de l'examen radiologique dans le diagnostic des sténoses intestinales.* (Revue générale de clinique et thérapeutique, 16 août 1913, p. 517).
- MONDOR. — *Diagnostics d'urgence.* Masson 1933.
- MOULONGUET, J. ROUSSET. — *La radiographie abdominale sans préparation de l'occlusion intestinale aiguë.* (Bull. et Mém. Sté et Radiol. Méd. de France, n° 216, février 1935).
- MOULONGUET. — *Clôture de la discussion sur la radiographie sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë.* (Bull. et Mém. de la Sté Nat. de Chir., n° 11, 30 mars 35).
- MOULONGUET. — *La radiographie sans préparation dans le diagnostic des occlusions intestinales aiguës.* (Paris Méd., 4 avril 36).
- OCHSNER. — *Diagnostic de l'iléus par les rayons X. Etude expérimentale.* (Surgery, Gynecology and obstetrics, vol. 2, avril 1933, p. 719).
- PORCHER. — *A propos de quelques cas récents de radiographie et de radio-diagnostic d'urgence. Polymorphisme du syndrome radiologique de l'occlusion aiguë.* (Sté franç. d'électrol. et de Radiol., oct. 1935).
- J. ROUSSET. — *Le radiodiagnostic d'urgence de l'occlusion intestinale aiguë.* (Thèse Paris 1935, Libr. Le François, 91, boul. St-Germain, Paris.)

- SOHINZ. — *Diagnostic radiologique de l'occlusion*. Wiener medizinische wochenschrift, t. XII, 1912, p. 1075).
- SCHWARZ. — *Diagnostic de l'occlusion par la radio*. (Wiener Klinische Wochenschrift, t. XXIV, p. 1386.
- STIERLIN. — *Radiologie des sténoses du grêle*. Medizinische Klinik, t. IX, 22 juin 1913.
- TREMOLIERES, ZADOC-KAHN et KWONG. — *Occlusion intestinale incomplète: utilité de la radiographie pour le diagnostic de l'occlusion intestinale*. (Bull. de la Société médicale des hôp. de Paris, 20 juin 1930, p. 1142).
- WANGENSTERN. — *Diagnostic précoce de l'occlusion intestinale aiguë*, Surgery, Gynecology, and Obstetrics, mars 1931, p. 785.
- WERTHEIMER. — *L'examen radiologique sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë* (Sté. Chir. Lyon 24 janvier 1935; in: Presse Méd. n° 13, 13 février 1935).

Seriment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

La radiographie abdominale sans
préparation dans l'occlusion intesti-
nale aigüe.

par M. Lucien BONNAUD

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 8 Juillet 1938

Le Professeur :

RICHE

Vu :

Montpellier, le 6 Juillet 1938

Le Doyen :

EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 8 Juillet 1938

Le Recteur :

PARISELLE

